Małopolska Tarcza Antykryzysowa – Pakiet Medyczny 3

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Koncentrator tlenu
Nazwa producenta: ……
Nazwa i typ: .....
Rok produkcji: nie wcześniej niż 2021 r.
Ilość: 2 sztuk
Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2021), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK", A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
1.	Poziom koncentracji tlenu w zakresie min. 87%-95%	Tak, podać	
2.	Przepływ tlenu min. 0,5-5 l/min, regulowany płynnie	Tak, podać	
3.	Przystosowany do pracy ciągłej	Tak	
4.	Urządzenie posiada alarmy: szczelności układu, jakości mieszanki, temperatury, zasilania, przepływu tlenu, wysokiego i niskiego ciśnienia wewnętrznego	Tak	
5.	Urządzenie zapewnia monitorowanie poziomu koncentracji tlenu	Tak	
6.	Aparat na 4 kółkach	Tak	
7.	Dopuszczalny poziom hałasu do 40dBa	Tak. podać	
8.	Wymiary: maks. 600 x 400 x 350 mm	Tak podać	
9.	Na wyposażeniu urządzenia znajduje się pulsoksytmetr, nawilżacz,	Tak	
10.	Waga do 20 kg	Tak, podać	
11.	Zasilanie 230V	Tak	

Małopolska Tarcza Antykryzysowa – Pakiet Medyczny 3

Lp.	Warunki serwisu	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK", A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
1.	W cenie oferty Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia przeglądów przez okres gwarancji w ramach zaoferowanej ceny, liczonych od daty bezusterkowego protokolarnego przekazania sprzętu, przy czym ostatni przegląd powinien odbyć się na miesiąc przed zakończeniem ww. okresu, przeglądy powinny się odbywać zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesiące	**Tak**	
2.	Wszystkie czynności serwisowe, w tym podłączenie i uruchomienie sprzętu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego	**Tak**	
3.	Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok	**Tak**	
4.	Sprzęt/y będzie/będą pozbawione haseł, kodów, blokad serwisowych, itp., które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu/ów przez inny niż Wykonawca umowy podmiot, w przypadku nie korzystania przez zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy	**Tak**	
	Szkolenia		
5.	Udokumentowany Instruktaż dla personelu medycznego – min. 5 osób – po dostawie	**Tak**	
6.	Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza.	**Tak**	
7.	Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania, itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania urządzenia – jeżeli dotyczy,	**Tak**	
8.	Możliwość mycia i dezynfekcji aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.	**Tak**	

UWAGI: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Brak odpowiedniego wpisu przez Wykonawcę w kolumnie *Parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.

UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ:
- KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB
- PODPISEM ZAUFANYM LUB
- PODPISEM OSOBISTYM